

شناسنامه سلامت دانشجو

دانشجوی گرامی:

در راستای اجرای طرح تحول سلامت، برنامه ریزی جهت انجام مراقبت‌های بهداشتی و معاینات پزشکی شما عزیزان توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفته است این گواهی در صورت داشتن مهر پزشک مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت دانشجو دارای اعتبار است و یکی از مدارک ثبت نام قطعی دانشجو محسوب می‌گردد. بنابراین حفظ و نگهداری آن تا زمان ارائه به اداره پذیرش و ثبت نام مورد توجه قرار گیرد.

نکات قابل توجه:

- ویزیت پزشک در مرکز خدمات جامع سلامت براساس بسته خدمتی سلامت جوانان و نوجوانان بصورت رایگان صورت می‌گیرد.
- بندهای (الف ب-ج-د) توسط دانشجو / طلبه و بند (ه) توسط مراقبین سلامت پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت و بندهای (و-ز) توسط پزشک مرکز تکمیل می‌گردد.

| الف: مشخصات فردی | | | |
|---|---|-------------|---|
| نام و نام خانوادگی: | | | |
| جنس | مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> | وضعیت تاهل: | مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> |
| رشته قبولی در دانشگاه: | تلفن: | ثابت | همراه |
| ب: سابقه بیماری در خانواده | | | |
| ۱. دیابت | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | ۶. سرطان | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| ۲. بیماری (عروق کرونر/زودرس) | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | ۷. سل | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| ۳. سکتة مغزی | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | ۸. هپاتیت | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| ۴. چربی خون بالا | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | ۹. سنگ کلیه | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| ۵. فشارخون بالا | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> | ۱۰. ایدز | بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نمی دانم <input type="checkbox"/> |
| ۱۱. تشنج و صرع | | | |
| ۱۲. اختلالات روانپزشکی | | | |
| ۱۳. بیماری‌های ارثی | | | |
| ۱۴. بیماری‌های تیروئید (گواتر، پرکاری و کم کاری) | | | |
| ۱۵. pcod (کیست تخمدانی) | | | |
| ج: سابقه بیماری دانشجو (در مورد سابقه ابتلا به هر یک از موارد زیر در داخل مربع علامت * بنویسید) | | | |
| ۱. بیماری عفونی | منتزیت <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت (زردی) <input type="checkbox"/> تب روماتیسمی <input type="checkbox"/> تب مالت <input type="checkbox"/> | | |
| ۲. اختلالات خون | کم خونی تایید شده توسط آزمایش خون <input type="checkbox"/> حساسیت به باقلا (فاویسم) <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> | | |
| ۳. گوش، حلق و بینی | کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> حساسیت فصلی <input type="checkbox"/> خونریزی مکرر از بینی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> | | |
| ۴. گوارش | زخم معده <input type="checkbox"/> یبوست مزمن <input type="checkbox"/> اسهال مزمن <input type="checkbox"/> سندرم روده تحریک پذیر <input type="checkbox"/> | | |
| ۵. ریه | آسم <input type="checkbox"/> آلرژی تنفسی <input type="checkbox"/> عفونت ریه <input type="checkbox"/> سرفه طولانی <input type="checkbox"/> | | |
| ۶. قلب | بیماری‌های درجه ای قلب <input type="checkbox"/> فشارخون بالا <input type="checkbox"/> آریتمی ها <input type="checkbox"/> بیماری‌های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/> | | |
| ۷. غدد و متابولیسم | دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کم کاری تیروئید <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> کیست تخمدان <input type="checkbox"/> | | |
| ۸. اسکلتی عضلانی | درد کمر <input type="checkbox"/> دردهای مفصلی <input type="checkbox"/> دفرمیتی اندام ها <input type="checkbox"/> | | |
| ۹. کلیه و مجاری ادراری | سنگ کلیه یا مثانه <input type="checkbox"/> ترشح غیر طبیعی از مجرای ادراری <input type="checkbox"/> پیلونفریت مزمن <input type="checkbox"/> عفونت ادراری <input type="checkbox"/> | | |
| ۱۰. مغز و اعصاب | میگرن <input type="checkbox"/> صرع <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> سرگیجه دوره ای <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> | | |

آموزشگاه فنی و حرفه‌ای پسران دورود

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> اختلالات روانپزشکی <input type="checkbox"/> وسواس اجباری <input type="checkbox"/> اختلال تیک <input type="checkbox"/> اختلال افسردگی اساسی <input type="checkbox"/> دوقطبی <input type="checkbox"/> اضطرابی <input type="checkbox"/> سایکو تیک | ۱۱. اختلالات روانپزشکی |
| <input type="checkbox"/> حساسیت به پنی سیلین <input type="checkbox"/> سایر | ۱۲. دارو |
| د: شیوه زندگی (با راهنمایی از مراقب/بهورز) | |
| <input type="checkbox"/> بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/> ۲ تا ۳ سهم یا بیشتر | ۱. مصرف میوه روزانه چقدر است؟ |
| <input type="checkbox"/> بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/> ۲ تا ۳ سهم یا بیشتر | ۲. مصرف سبزی روزانه شما چقدر است؟ |
| <input type="checkbox"/> بدون فعالیت بدنی هدفمند <input type="checkbox"/> کمتر از ۱۵۰ دقیقه در هفته <input type="checkbox"/> ۱۵۰ دقیقه و بیشتر | ۴. چه میزان فعالیت بدنی در هفته دارد؟ (حداقل فعالیت بدنی معادل با ۳۰ دقیقه با تواتر ۵ بار در هفته) |
| <input type="checkbox"/> بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> کمتر از ۲ سهم <input type="checkbox"/> ۲ تا ۳ سهم یا بیشتر | ۵. واحد مصرفی شیر و لبنیات روزانه چقدر است؟ |
| <input type="checkbox"/> همیشه <input type="checkbox"/> بندرت / هرگز <input type="checkbox"/> گاهی | ۶. آیا از نمکدان سر سفره استفاده می کنید؟ |
| <input type="checkbox"/> فقط روغن نیمه جامد، جامد یا حیوانی <input type="checkbox"/> تلفیقی از انواع روغنهای مایع و نیمه جامد <input type="checkbox"/> فقط گیاهی مایع | ۷. از چه نوع روغن بیشتر مصرف می کنید؟ |
| ه: تن سنجی | |
| نمایه توده بدنی (BMI) | وزن (کیلوگرم) |
| ۳۰ و بالاتر | ۱۸,۵- ۲۴,۹ |
| ۲۵-۲۹,۹ | کمتر از ۱۸,۵ |
| وضعیت نمایه توده بدنی | |
| و: نقص عضو | |
| <input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> یک چشم <input type="checkbox"/> هر دو چشم | چشم |
| <input type="checkbox"/> گوش <input type="checkbox"/> هر دو گوش | گوش |
| <input type="checkbox"/> یک دست <input type="checkbox"/> هر دو دست <input type="checkbox"/> یک انگشت غیر از انگشت شست <input type="checkbox"/> یک یا ۳ انگشت غیر از انگشت شست در یک دست | دست |
| <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> هر دو پا <input type="checkbox"/> یک پا نداشته باشد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد <input type="checkbox"/> هر دو پا نداشته باشد ولی با پای مصنوعی قادر به راه رفتن باشد | پا |
| ز: اظهار نظر پزشک عمومی | |
| <input type="checkbox"/> تحت درمان <input type="checkbox"/> نیاز به پیگیری دارد | وضعیت دانشجوی سابقه بیماری |
| <input type="checkbox"/> مشکوک به بیماری <input type="checkbox"/> سالم | نتیجه ویریت فعلی پزشک مرکز |
| <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نیاز به ارجاع به می باشد | نیاز به معاینه تکمیلی و تخصصی |
| <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه پیگیری | نیاز به آزمایشات تکمیلی |
| <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> نتیجه آزمایش | توصیه های پزشک عمومی |
| <input type="checkbox"/> بدون محدودیت <input type="checkbox"/> دارای محدودیت <input type="checkbox"/> معاف موقت <input type="checkbox"/> علت مدت | فعالیت ورزشی |

تاریخ مهر و امضاء پزشک مرکز خدمات جامع سلامت